



INTERCAMBIO ESCOLAR
ISSY LES MOULINEAUX - POZUELO DE ALARCÓN
(cuestionario confidencial, a devolver al Centro Educativo con dos fotos recientes del alumno pegadas)

Centro Escolar:	Curso:	Clase:
Profesor/a responsable del intercambio en el Centro Educativo:		
DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A		
Apellidos:		Nombre:
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Lugar de nacimiento:
Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:
Dirección:		
Teléfono habitual:		Teléfono de urgencia:
Motivos por los que solicita el intercambio:		
Aficiones:		E-mail:
DATOS FAMILIARES		
Nombre y apellidos del padre:		
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:
Su lengua materna es el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Profesión:
Habla correctamente el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre y apellidos de la madre:		
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:
Su lengua materna es el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Profesión:
Habla correctamente el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Habla habitualmente el español en casa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otras hijas Nº	Edades:	Otros hijos Nº
		Edades:
Rasgos de la personalidad del solicitante:		
Datos sanitarios (problemas de salud, alergias, medicamentos habituales...):		
Animales que conviven con la familia:		
DOMICILIO		
Casa individual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Piso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Habitación individual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habitación compartida (máximo 2 personas): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Aceptaría el intercambio con personas de otro sexo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Léase las condiciones de participación que aparecen al dorso del documento y marque esta casilla si está de acuerdo en todos los puntos. <input type="checkbox"/>		

Al dorso de este documento figuran instrucciones para su cumplimentación y las condiciones de participación

Autorizo al profesor/a responsable para que adopte las medidas oportunas, en caso de emergencia, para la hospitalización o regreso a España de mi hijo/a.

Firma del padre o tutor